

НОМЕР ОПЕРАЦІЇ: _____
Battle Roster Number:

ЕВАКУАЦІЯ: ☐ НЕВІДКЛАДНА ☐ ПРІОРИТЕТНА ☐ ЗВИЧАЙНА
Evac. Category: Urgent Priority Routine

ПІБ (ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я): _____ ОСТАННІ 4 ЦИФРИ ІПН: _____
Name (Last, First): Last 4 Digits IPN:

СТАТЬ: ☐ Ч ☐ Ж ДАТА (ДД-ММ-РР): _____ ЧАС: _____
Gender: M F Date (DD-MM-YY): Time:

РІД ВІЙСЬК: _____ ПІДРОЗДІЛ: _____ АЛЕРГІЯ: _____
Service: Unit: Allergies:

МЕХАНІЗМ ПОРАНЕННЯ (позначте "X" все потрібне) Mechanism of Injury (X all that apply)

☐ Артобстріл
Artillery

☐ Тупа трама
Blunt Trauma

☐ Опік
Burn

☐ Падіння з висоти
Fall From Height

☐ Граната
Grenade

☐ СВП
IED

☐ Протипіхотна міна
Landmine

☐ ДТП
MVC

☐ РПГ
RPG

☐ Вогнепальна рана
Gunshot Wound

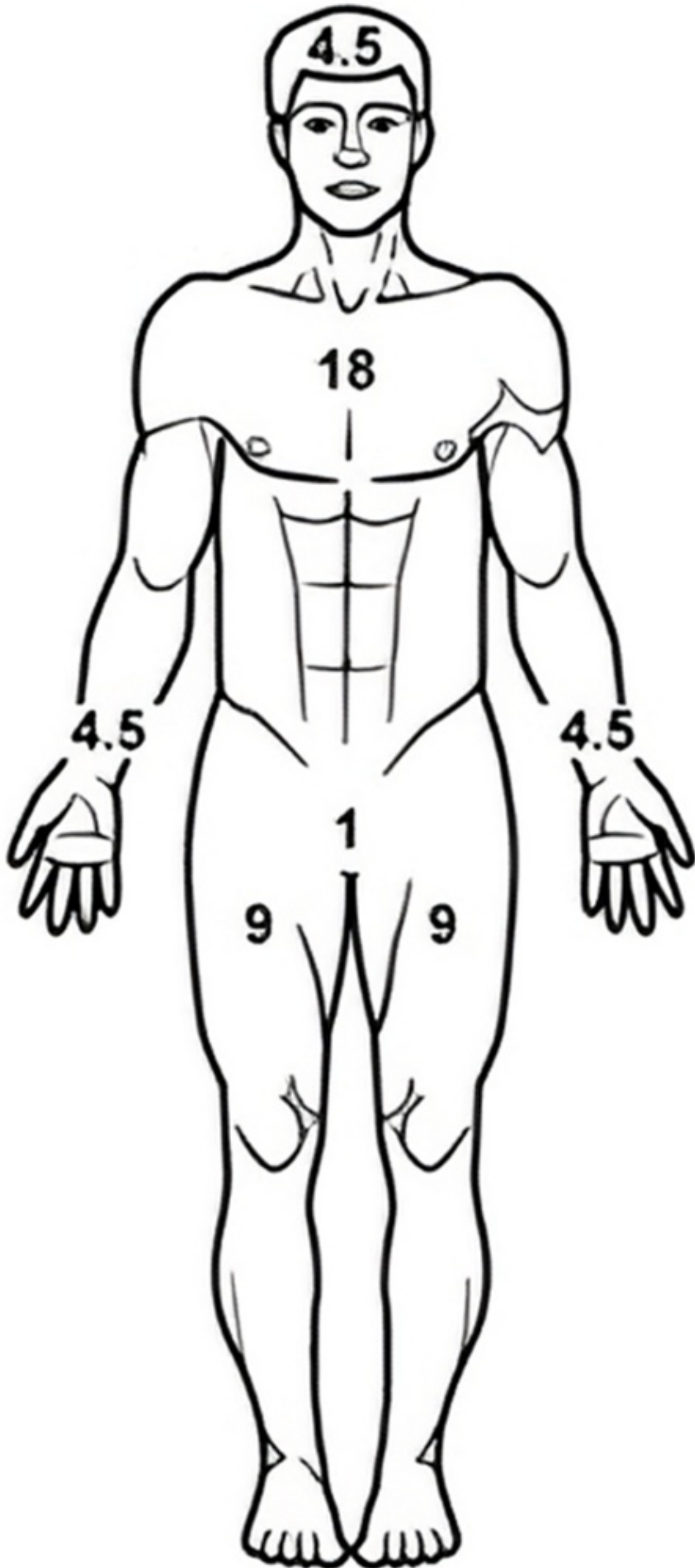
☐ Інше (Other): _____

Інформація про поранення (позначте "X") Injury ("X" all that apply)

Турнікет: Права рука
Tourniquet: Right Arm

Тип: _____
Type:

Час: _____
Time:



Турнікет: Ліва рука
Tourniquet: Left Arm

Тип: _____
Type:

Час: _____
Time:

Турнікет: Права нога
Tourniquet: Right Leg

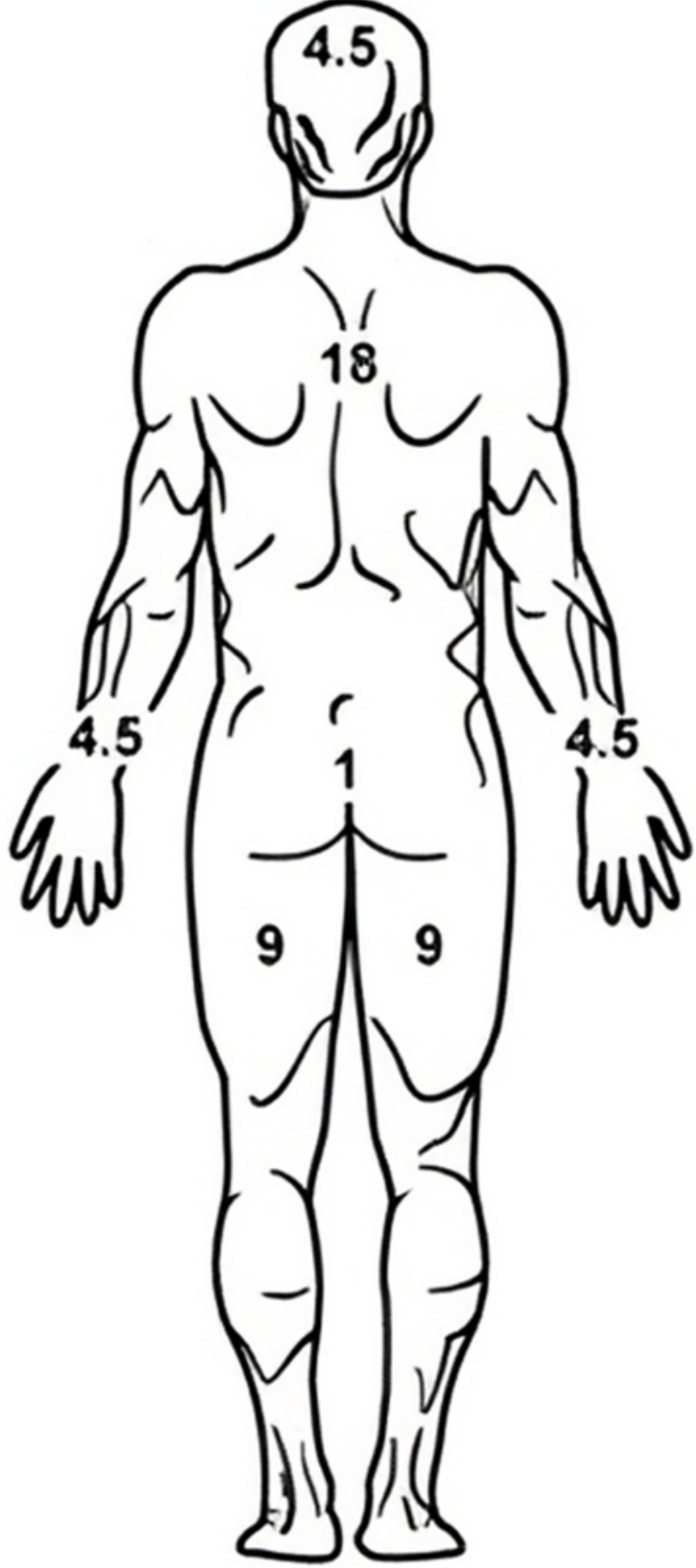
Тип: _____
Type:

Час: _____
Time:

Турнікет: Ліва нога
Tourniquet: Left Leg

Тип: _____
Type:

Час: _____
Time:



Симптоми та ознаки (заповніть таблицю) Signs and Symptoms (Fill in the Table)

Час Time				
Пульс (частота та локалізація) Pulse (Rate and Location)				
Артеріальний тиск Blood Pressure	/	/	/	/
Частота дихання Respiratory Rate				
Сатурація O2 % Pulse Ox% O2 Sat.				
Рівень свідомості - AVPU Response Level - AVPU				
Шкала болю (0-10) Pain Scale (0-10)				